

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1959 ?

THÈSE

N°

42

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jeanne-Françoise, Marie BARDET-CAPLAN

Née le 20 Décembre 1926, à ORLÉANS (Loiret)

présentée et soutenue publiquement le

LES MANIFESTATIONS ENDOCRINIENNES
DES PHLEBITES PELVIENNES LATENTES
CHEZ LA FEMME ; LES ERREURS
DE DIAGNOSTIC QU'ELLES SUSCITENT

Président : Monsieur de GÉNNES (Professeur)

D. P. TAIB

8, Rue Casimir Delavigne
PARIS - VI°

1958

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--:-

Année 1959

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Jeanne-Françoise, Marie BARDET-CAPLAN

née le 20 décembre 1926 à Orléans (Loiret)

--:-

Présentée et soutenue publiquement
le

--:-

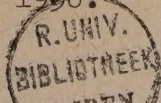
LES MANIFESTATIONS ENDOCRINIENNES DES
PHLEBITES PELVIENNES LATENTES
CHEZ LA FEMME ; LES ERREURS DE DIAGNOSTIC
QU'ELLES SUSCITENT.

--:-

Président : Monsieur de GENNES (Professeur)

--:-

D.P. TAIB
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1958.



PROFESSEURS HONORAIRES

MM. BENARD, BROCCQ, CADENAT, CHABROL, CHAMPY, CHEVALLIER, CHEVASSU, DEBRE, DELBET, DONZELOT, GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, HAZARD, HEUYER, LAROCHE G., LAUBRY, LEMAITRE, LEVY-SOLAL, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MONDOR, MONOD, MULON, OLIVIER, OMBREDANNE, STROHL, TANON, VELTER.

DOYEN Léon BINET
 Membre de l'Institut
 ASSESSEUR Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

MM.

Anatomie	CORDIER
Anatomie pathologique	DELARUE
Bactériologie	FASQUELLE
Biologie app. à l'Education phys. } et aux Sports }	CHAILLET-BERT
Biologie Médicale	FAUVERT
Cancérologie méd., sociale	BERNARD J.
Carcinologie	REDON
Chimie Méd.	JAYLE
Clinique Chir.	{ Hôtel-Dieu MENEGAUX
	{ Salpêtrière MOULONGUET
	{ Cochin QUENU
	{ Beaujon SICARD
Clinique Chir. cardio-vasculaire	G. d'ALLAINES
Clinique Chir. réparatrice et } orthop. }	MERLE d'AUBIGNE
Clinique de Cardiologie	MOUQUIN
Clinique Chir. infantile et } d'orthop. }	FEVRE
Clinique Chir. pleuro-pulm.	MATHEY
Clinique de la Tuberculose	BERNARD Et.
Clinique de neuro-chir.	PETIT-DUTAILLIS
Clinique de Puériculture	LELONG
Clinique des maladies cutanées } et syphilitiques }	DEGOS
Clinique des mal. du sang	MARCHAL
Clinique mal. du système nerv.	ALAJOUANINE
Clinique des maladies des enf.	CATHALA
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET
Clinique des Maladies mentales et } de l'encéphale }	DELAY

MM.

Clinique du diabète sucré et des maladies de la nutrition	} BOULIN
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO
	BARIETY
Cliniques Médicales	JUSTIN-BESANÇON
	MOREAU
	de GENNES
Clinique Méd.hydro-climat.thérap.	DIBRAY
Clinique Médicale Propédeutique	(PASTEUR-VALLERY-
	(RADOT
	(LANTUEJOUL
Cliniques Obstétricales	(VARANGOT
	(LACOMME
Clinique ophtalmologique	RENAUD
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX
Clinique rhumatologique	COSTE
Clinique stomatologique	DECHAUME
Clinique urologique	FEY
Embryologie	GIROUD
Génétique	LAMY
Histoire de la Méd. et de la Chir.	SOULIE
Histologie	VERNE
Hygiène et Clinique Ière Enfance	TURPIN
Hygiène et Méd.Préventive	JOANNON
Médecine du Travail	DESOILLE
Médecine Légale	PIEDELIEVRE
Parasitologie et hist.nat.Méd.	GALLIARD
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE
Pathologie exotique	LAVIER
Path.expérimentale et comparée	LENEGRE
Path.Hum. et Immun. exp.	MERKLEN
Pathologie médicale	DECOURT
Path. et Thérapeut.générales	GARCIN
Pédiatrie sociale	JULIEN MARIE
Pharmacologie et matière méd.	CHEYMOL
Physico-chimie méd.	N..
Physiologie	BINET
Physique médicale	DOGNON
Problèmes alimentaires (ch.t.pers.)	HAMBURGER
Radiologie Médicale	DESGREZ
Technique chirurgicale	PATEL
Thérapeutique	BROUET
Thérapeutique chirurgicale	SENEQUE
Thérapeutique médicale	LEMAIRE

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

MM.

Anatomie { CABROL
DEBEYRE
DELMAS
OLIVIER G.
Melle GAU-
THIER V.
BUSSE
GOUYGOU
Bactériologie { CHRISTOL
NEVOT
Biol.Méd. BOURLIERE
Chimie Méd. ETTORI
POLONOVSKI J.
Dermato-syph. DUPERRAI
Embryologie TUCHMANN
Histologie { COUJARD
N.
Hydrologie CORNET
Hygiène { BOYER
DEPARIS
Mal.infect. BASTIN
Médecine { DEROBERT
légale et GAULTIER
du Trav.) HADENGUE
Neurochir. DAVID
Neurologie LHERMITTE
GRASSET
LE LORIER
Obstétrique LEPAGE
MERGER
MORIN
RAVINA
ROBEY
Ophtal- { BREGREAT
mologie { DESVIGNES
Orthopédie JUDET
Oto-rhino { AUBRY
laryngol.) MADURO
Parasito. BRUMPT
Parasito col. CHABAUD
ABOULKER
BARCAT
Path.chir. BAUMANN
CAUCHOIX

MM.

DUBOST
FAUREL
FLABEAU
GERMAIN
GOSSET
LAURENCE
LORTAT-JACOB
OLIVIER (Cl.)
POILLEUX
THOMERET
VERNE (J.M.)
Pat.expéri- { MAURICE
ment. LOEPER
BOUVIER
BOUDIN
BRICAIRE
BRISSAUD
CASTAIGNE
CONTE
DEROT
DOMART
Path.Méd. { LAMOTTE
LAROCHÉ
MACREZ
MILLIEZ
PEQUIGNOT
PERRAULT
RAMBERT
ROYER
THIEFFRY
TURIAT
WOLFROMM
POLONOVSKI Cl.
Pédiatrie { MOZZICONACCI
JOSEPH
Pharmacol. Melle LEVY
BARGETON
Physiol. { DEJOURS
PARROT
Physique } DJOURNO
Médicale } GOUGEROT
Pneumo-phtis. KREIS
Psychiatrie { BARUK
PICHOT

MM.
 Psych.infant.N....
 Rhumatologie DELBARRE
 Stomato. { CHAPUT Mme
 { CERNEA

MM.
 Urologie..... KUSS
 Thérapeut..... CHASSAGNE

III.- PROFESSEURS HONORAIRES
 ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE
 pour le Service des Examens

M. LE LORIER

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET
 AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
 A TITRE PERMANENT

MM.
 { AMELINE
 { HUGUIER
 Clin.Chir. { LEGER
 { PADOVANI
 { ROUX
 Clinique) { ECALLE
 obstét. } { MAYER
 Clin.opht. OFFRET

MM.
 Urologie..... N...
 { DREYFUS
 Clinique Mé { HAGUENAU
 { KOURILSKY

Secrétaire de la Faculté..... M. MOREL
 Secrétaire-Adjoint..... Melle CHAINTREUIL

Bibliothécaire en Chef..... Dr HAHN
 Conservateur..... Melle GOICHON
 { Melles DUMATTRE
 Bibliothécaires..... { LE NOIR
 { LAURENT
 { QUIEVREUX

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
 l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les
 dissertations qui lui seront présentées, doivent
 être considérées comme propres à leurs auteurs et
 qu'elle n'entend leur donner aucune approbation
 ni improbation.

A la Mémoire de mon Père

A ma Mère

A mon Mari et à mes Enfants

A ma Belle-Mère

A tous mes Amis

A notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur L. de GENNES

Professeur de Clinique Médicale à la
Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'Hôpital Broussais
Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la
présidence de cette
thèse.

En hommage de respectueuse
reconnaissance.

A mes Maîtres de la Faculté de Médecine
et des Hôpitaux de Paris

Respectueuse reconnaissance.

A mon Jury de Thèse

LES MANIFESTATIONS ENDOCRINIENNES DES
PHLEBITES PELVIENNES LATENTES CHEZ LA FEMME ;
LES ERREURS DE DIAGNOSTIC QU'ELLES
SUSCITENT.

- :-

INTRODUCTION

:-

Les hémorragies génitales, pour être correctement traitées, nécessitent un diagnostic exact et précoce. Une tumeur bénigne ou maligne des voies et organes de reproduction, un déséquilibre hormonal, fonctionnel ou organique, siégeant soit au niveau de la sphère génitale elle-même (ovaire), soit au niveau d'une glande endocrine éloignée (hypophyse, thyroïde) sont les causes classiquement responsables des métrorragies. Mais un autre facteur existe, difficile parfois à mettre en évidence : nous voulons parler des phlébites pelviennes et en particulier de leurs formes latentes.

On sait que le chapitre des phlébites représenté en endocrinologie féminine une question importante qui a d'ailleurs reçu sa solution depuis l'emploi des anticoagulants. Mais si la phlébite du membre inférieur, de loin la plus fréquente, est de diagnostic généralement aisé, il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit de l'atteinte des veines des organes pelviens.

Très largement étudiées ces dernières années grâce à la phlébographie, les phlébites pelviennes ont livré peu à peu leurs modalités, les éléments de leur diagnostic exact ; mais on a ainsi pu établir l'existence de formes latentes, d'autant plus redoutables qu'elles sont de sémiologie variable, d'emprunt, dont la cause réelle ne sera établie qu'a posteriori, c'est-à-dire trop tard.

Nous avons donc pensé qu'il serait intéressant de faire de la question une étude d'ensemble, en insistant, en particulier, sur les difficultés du diagnostic de leurs formes latentes, qui, avec des explorations toujours plus poussées, ne semblent plus aussi exceptionnelles qu'on l'avait d'abord admis. Spasmes artériels, métrorragies risquant d'en imposer pour une tumeur maligne, mais surtout accidents thrombo-emboliques, telles sont les manifestations susceptibles de traduire une phlébite pelvienne latente. On voit donc toute l'importance des formes atypiques susceptibles de faire soupçonner la phlébite pelvienne, et aussi des examens susceptibles d'en établir la présence réelle, afin que les mesures thérapeutiques préventives et curatives, médicales et chirurgicales, puissent être appliquées à temps.

°°°

Sans faire de la question des phlébites pelviennes un Historique, nous voudrions cependant citer quelques noms, quelques dates, quelques faits qui, ces huit dernières années, ont marqué les recherches et les observations faites sur ce sujet. Il est hors de doute que la mise au point et la pratique de la phlébographie pelvienne, qu'elle soit effectuée par voie veineuse, ou osseuse, ont grandement fait avancer nos connaissances topographiques et pathologiques sur le plexus veineux pelvien chez la femme. Aussi sont-ce les travaux qui lui sont consacrés que nous citerons d'abord :

En 1950, Cl. OLIVIER a exposé la technique, les indications et les résultats de la phlébographie pelvienne par injection per-osseuse du produit de contraste, tandis que la même année 1950, BAUX et POULHES en décrivaient les aspects.

De 1954 date le travail de GUILHEM et BAUX consacré cette fois à la phlébographie pelvienne par voie veineuse. Tout récemment en 1957, HERBEAU et VERHAEGHE ont décrit et commenté 120 clichés de phlébographies pelviennes.

Dans le même temps, s'accumulaient les observations cliniques et les descriptions anatomopathologiques, les résultats des interventions chirurgicales, des examens biopsiques et des traitements anticoagulants.

Revenons donc en 1950 pour consulter les travaux de CREYX, LANG LEVY, VINCEDEAU et DUBREUIL sur les spasmes artériels observés au cours d'une phlébite pelvienne. Cette même année, W.A. BAILEY apportait un cas de phlébothrombose des veines ovariennes donnant lieu à une embolie pulmonaire mortelle. Quant à J. BRET, il avait observé un cas complexe de polype fibreux utérin volumineux, avec métrorragies abondantes et phlébite associée (du membre inférieur il est vrai). COLLINS et ses collaborateurs ont publié en 1951 une étude détaillée des thrombophlébites pelviennes suppurées : fréquence, étiologie, anatomopathologie, symptomatologie, diagnostic, traitement chirurgical enfin par ligature de la veine cave inférieure et des vaisseaux ovariens, étude portant sur 70 observations.

En 1954, nous trouvons une observation de BUGAUT à propos de laquelle est soulignée la difficulté du diagnostic de certaines phlébites latentes faisant suite à des interventions gynécologiques.

L'année suivante, en 1955, BRET, DUPERRAT et A. GRENIER, ce dernier exposant le travail plus en détail dans sa thèse, montrent comment certaines phlébites pelviennes latentes n'ont pour toute traduction clinique que des métrorra-

gies ; on comprend que cette manifestation risque d'entraîner des diagnostics erronés de malignité, et des sanctions chirurgicales inutilement mutilantes.

Nous citerons encore en 1956 une communication de R. MAY sur les causes de la thrombose des veines pelviennes et l'année suivante, la belle étude de PARKER qui, au nombre des complications obstétricales thrombo-emboliques, fait figurer les phlébites embolisantes intéressant les organes pelviens de la femme.

°°°

On voit que le problème surtout diagnostique des phlébites et thrombophlébites pelviennes est à l'ordre du jour et suscite ces derniers temps de nombreuses recherches.

Nous nous proposons ici de reprendre :

- la symptomatologie des phlébites pelviennes; en particulier des latentes, qu'il s'agisse de spasmes artériels, de métrorragies, de thrombo-embolies périphériques ou de suppuration locale. Les métrorragies symptomatiques d'une phlébite pelvienne latente retiendront spécialement notre attention, deux cas ayant pu être observés ici même à Orléans ;

- les éléments du diagnostic étiologique, que nous apporteront les examens histologiques de la muqueuse utérine, le traitement anticoagulant d'épreuve, ou éventuellement, la phlébographie pelvienne ou l'exploration chirurgicale.

- le traitement enfin, qui dépendra des conditions étiologiques, anatomocliniques en cause et qui va de la thérapeutique anticoagulante à la ligature de la veine cavé inférieure, des veines ovariennes, l'hystérectomie n'étant indiquée que lorsque la lésion responsable l'exige.

SYMPTOMATOLOGIE

Puisque nous nous occupons ici surtout des phlébites pelviennes latentes, nous pouvons prévoir que les signes cliniques seront d'emprunt, ou correspondront aux complications de l'atteinte veineuse elle-même.

R. MAY, d'Innsbruck, ayant étudié spécialement et systématiquement les cas de thromboses des veines pelviennes a constaté qu'elles étaient atteintes cinq fois plus souvent à gauche qu'à droite, et que du point de vue anatomopathologique, la thrombose pouvait revêtir trois types, latéral, central, ou pariétal. Histologiquement, l'oblitération ne provient pas d'une anomalie vasculaire congénitale, mais d'une irritation chronique du vaisseau.

Mais il est curieux de constater que lorsqu'on se reporte à la symptomatologie observée par les différents auteurs dans leurs observations personnelles, on trouve des tableaux fort divers :

CREYX, LANG LEVY et collaborateurs ont rapporté le cas d'une thrombophlébite du post-partum, intéressant d'ailleurs le membre inférieur gauche. Ici, les manifestations ont consisté en phénomènes vasoconstricteurs d'ailleurs réversibles, siégeant sur l'artère voisine et surtout à distance au niveau du membre supérieur gauche et du membre infé-

rieur droit. Il persistait, à plus longue échéance, un déficit oscillométrique discret du membre supérieur gauche.

CRÉYX explique ces faits par des réflexes de voisinage et à distance, dont le point de départ est l'irritation du système neuro-végétatif au niveau de l'adventice veineuse malade.

La complication que l'on doit s'attendre à rencontrer avec le plus de fréquence est évidemment l'embolie : celle-ci risque de paraître primitive et inexpliquée lorsqu'elle a pour point de départ une phlébite pelvienne latente, donc méconnue.

PARKER, ANLYAN et collaborateurs viennent tout dernièrement de rechercher les accidents thrombo-emboliques en obstétrique, en réunissant, en six ans et demi, 9.155 observations d'accouchements, 1.156 curettages pour avortements incomplets, et 150 grossesses extra-utérines : soit 10.461 malades, ayant au total présenté 42 fois une maladie thromboembolique gravidique ou puerpérale. Un calcul a permis d'établir sur 270 accouchements dans le service des auteurs, qu'un accident embolique survenait sur 270 cas. Seize fois, il s'agissait de thrombophlébite limitée spontanément, superficielle, du seul système saphène. Sur les 26 autres malades, il s'agissait de thrombo-phlébites des veines profondes, des veines pelviennes, et d'une embolie pulmonaire au moment où la malade a été vue. Sur les huit cas d'embolie pulmonaire, deux devaient connaître une évolution mortelle, et la thrombo-phlébite n'avait pas été diagnostiquée avant que survienne l'accident embolique. Ajoutons que celui-ci ne s'est jamais produit chez les malades soumises au traitement anticoagulant.

Ce ne fut pas le cas de l'observation de BUGAUT qui rapporte un cas d'hystérectomie totale pour fibrome compliqué d'annexite ; dans les suites de l'intervention, apparaît une phlébite pelvienne, longtemps latente. Car un traitement anticoagulant systématique para-opératoire (pré et post) mais insuffisamment prolongé , devait estomper les signes cliniques, mais n'empêcha pas l'apparition d'une embolie au 45ème jour post-opératoire.

Embolie encore, de siège pulmonaire, et d'évolution mortelle, telle fut la complication terminale de l'observation de BAILEY ;

- une femme de 72 ans, diabétique, décède à l'hôpital après avoir présenté des troubles divers, dont quelques petites hémoptysies et de la toux. A l'autopsie, on trouve une grosse branche de l'artère pulmonaire droite oblitérée par une embolie, et de petits infarctus des deux lobes pulmonaires inférieurs. L'utérus présentait un fibrome ancien ; la veine ovarienne droite était distendue par un caillot mesurant 1 cm $\frac{1}{2}$ et n'adhérant pas à la paroi veineuse qui n'était pas altérée. Cette intégrité de la paroi veineuse a fait dire à BAILEY qu'il s'agissait d'une phlébothrombose non infectieuse et non d'une thrombophlébite. D'autre part, cet auteur pense que le caillot de l'artère pulmonaire avait pour point de départ la veine ovarienne thrombosée. Mais l'autopsie a été incomplète car si l'on a vérifié l'intégrité des veines fémorales, on n'a pas disséqué les veines des jambes, qui auraient pu être aussi le point de départ de l'embolie pulmonaire.

C.G. COLLINS et ses collaborateurs ont bien étudié 70 cas de thrombophlébites pelviennes suppurées qui devaient être traitées par la ligature de la veine cave inférieure.

Ces auteurs pensent que la thrombo-phlébite pelvienne suppurée doit être considérée comme une entité distincte, due à l'infection des veines pelviennes. Il se forme alors des caillots purulents, qui tendent à se détacher, sous forme de petites embolies infectées. Ce type de complication peut survenir même en présence d'une antibiothérapie massive et d'un traitement anticoagulant, et elle aboutit à la formation d'abcès métastatiques. La mort survient généralement par l'entretien d'un état septicémique à partir du foyer initial, à partir des foyers secondaires, ou à partir des deux ordres de lésions, simultanément.

Quant aux états pathologiques au cours desquels ces thrombophlébites pelviennes suppurées peuvent être observées, ils sont divers : post-partum, avortement, abcès pelviens, application de radium. En se basant sur les pièces opératoires, COLLINS pense que l'infection de l'endoveine provoque le dépôt de fibrine sur la surface infectée de l'intima, avec constitution d'un thrombus, qui, par la suite a tendance à se liquéfier en présence de l'invasion microbienne, ce qui provoque une réaction inflammatoire aiguë avec nécrose locale. L'atteinte inflammatoire primitive de la paroi veineuse peut, elle, provenir soit de l'infection des tissus vasculaires avoisinants, soit de l'extension le long du trajet veineux, d'une localisation infectieuse plus ou moins éloignée. La thrombophlébite pelvienne suppurée est un état pathologique qu'il faut distinguer des phlébothromboses ou des thrombophlébites des veines des membres inférieurs, dans lesquelles il existe un caillot non suppuré, avec menace d'embolie pulmonaire. Dans la phlébite du membre inférieur, l'authentique phlegmatia alba dolens, il existe un caillot adhérent, infecté, mais rarement suppuré, et des infarctus pulmonaires aseptiques mineurs sont rares comme est rare l'embolie pulmonaire

mortelle. Dans la thrombophlébite pelvienne suppurée, cependant, l'infection précède fréquemment la formation du caillot, et par la suite, il existe une tendance à la fragmentation et à la suppuration du caillot initial ; la mort survient par abcès emboliques multiples, ou par septicémie. Mais ici encore, COLLINS insiste sur les difficultés du diagnostic.

°°°

Les phlébites pelviennes peuvent, latentes ; avoir pour seule manifestation les métrorragies (BRET). Cet unique témoin d'une thrombose latente risque évidemment d'orienter le diagnostic vers des affections nécessitant des sanctions chirurgicales, l'hystérectomie en particulier. Si ces interventions gardent des indications précises même en cas de thrombose pelvienne confirmée, elles peuvent, par contre, être dans d'autres cas absolument inutiles.

Cliniquement, il s'agit de métrorragies persistantes, rebelles à toute thérapeutique hémostatique ou endocrinienne, alors qu'elles réagissent de façon spectaculaire aux thérapeutiques anticoagulantes. Ces hémorragies des thromboses pelviennes peuvent survenir à tous les âges et dans des circonstances étiologiques très diverses, post-partum, post-abortum, complication d'un polype, d'un fibrome.

Un cas de BRET, rapporté en 1950, reste un peu en marge de notre sujet, parce que la phlébite ne pouvait être méconnue. Cependant, il y avait en même temps des métrorragies considérables, entraînant chez une femme de 42 ans pâleur et asthénie. Les hémorragies sont très abondantes, non fétides, et le mem-

bre inférieur gauche est oedématié, oedème généralisé à tout le membre, chaud, blanc, dur, gardant mal le godet. Il existe en outre, difficiles à percevoir, une hydarthrose, des adénopathies, un cordon veineux induré. A droite, le membre inférieur est indemne. A la palpation de l'abdomen, on sent un utérus très irrégulier, dont la saillie, à droite, remonte jusqu'à l'ombilic. Au toucher vaginal, on perçoit un volumineux polype fibreux, très ferme, non sphacélé, en voie d'expulsion à travers un col utérin ouvert à cinq francs. La température est à 38°, le pouls à 110, L'anémie est à 2.620.000 G.R.. On intervient, pour réaliser une hystérectomie dont les suites sont compliquées par un oedème du membre inférieur droit cette fois, et par une poussée fébrile. La malade sort finalement guérie.

Cette première observation de BRET montre l'importance des métrorragies avec atteinte veineuse au cours d'un polype fibreux de l'utérus. Mais que cette atteinte veineuse intéresse les vaisseaux pelviens, et elle risque de passer inaperçue, alors que les métrorragies peuvent apparaître comme primitives et en tous cas isolées. BRET a réuni douze observations de métrorragies qui de fait provenaient de phlébites latentes pelviennes, dans des conditions étiologiques fort diverses, et dont nous donnerons l'essentiel.

Ces phlébites pelviennes et plus particulièrement des vaisseaux utérins, ont été d'abord décrites à propos de fibro-myomes en voie de nécrose et de sphacèle, par DUCUING en 1946, par FAULKNER en 1947. De telles malades lorsque l'hystérectomie était pratiquée, faisaient précocement des phlébites étendues difficiles à expliquer autrement,

selon DUCUING, que par des lésions évolutives de thrombose. Mais en 1954, DUPERROY ne constata, dans de telles circonstances, que des lésions de sclérose des artères de l'endomètre, avec ou sans dilatation veineuse. BRET pense au contraire qu'il existe non rarement des thromboses spontanées, latentes, du système veineux pelvien qui chez la femme donnent à tous les âges de la vie, des métrorragies en apparence primitives. Or, dans de tels cas, le traitement médical s'impose au détriment de l'intervention chirurgicale, injustifiée dans certains cas où elle a été pratiquée. Ces thromboses pelviennes latentes viennent en outre peut-être expliquer étiologiquement certaines métrorragies post-ménopausiques.

Pour BRET, il faut distinguer les métrorragies par thromboses pelviennes au cours de maladies déjà connues, post-abortum, post-partum, polypes fibreux sphacélés, fibromes saignants ; les formes survenant en période d'activité génitale, en période pré et post-ménopausique. Au cours de maladies déjà connues, les métrorragies occupent le devant de la scène, sans que la thrombose pelvienne ait été invoquée pour les expliquer. Des hémorragies secondaires du post-partum ont été étudiées par DIGONNET qui en a réuni 29 cas ; rétention placentaire, processus infectieux, ce sont là les formes métrorragiques de l'infection puerpérale de COUVELAIRE ; mais dans trois de ces cas, il n'y avait ni infection, ni rétention placentaire, mais lésions vasculaires de thromboses :

- Une II pare de 27 ans présente, au 15ème jour du post-partum, des hémorragies nécessitant l'hystérectomie. On trouve une thrombo-phlébite des grosses veines du pédicule utéro-ovarien.

- Chez une II pare de 29 ans, ayant, pour insertion placentaire basse, présenté des hémorragies gravidiques et obstétricales, les métrorragies persistantes réclament au 20ème jour du post-partum une hystérectomie, qui fait découvrir de nombreuses thromboses non récentes au niveau de la muqueuse utérine.

- La troisième malade, une deuxième pare de 27 ans, fait après un accouchement normal à terme deux abondantes métrorragies suivies d'une embolie pulmonaire puis d'une phlébite du membre inférieur gauche.

BRET a vu deux fois des polypes fibreux sphacélés avec métrorragies abondantes. A l'intervention, on trouve une fois une thrombose du polype étendue au pédicule utéro-ovarien, thrombose ancienne déjà en voie d'organisation. Une embolie pulmonaire devait emporter cette première malade. Dans le second cas, une femme de 55 ans présentait des hémorragies très importantes dont le point de départ était un polype accouché par le col avec début de sphacèle et d'inversion utérine. L'hystérectomie totale permet d'établir la thrombose des vaisseaux du polype. Un traitement anticoagulant a évité la phlébite extensive, mais a permis une embolie pulmonaire discrète.

Au niveau des fibromes saignants ou nécrosés, l'hémorragie peut provenir de thromboses. Une femme de 39 ans, présentant depuis un an des ménométrorragies avec utérus fibromateux, rebelles aux traitements hémostatiques et hormonaux, subit un curettage : la biopsie d'endomètre montre une thrombose capillaire indiscutable. On pratique une hystérectomie pour myome avec nécrobiose, dégénérescence oedémateuse et très nombreuses thromboses Histologi-

quement, il existe des thromboses dans le myome, dont la partie centrale est en voie de nécrose secondaire, semble-t-il, à la thrombose. On trouve également une thrombose récente des plexus veineux du ligament utéro-ovarien droit, des foyers thrombotiques énormes dans le myomètre.

Dans le post-abortum, les phlébites représentent une complication classique ; elles peuvent intéresser les vaisseaux pelviens. Une femme de 35 ans est vue par BRET lors de son hospitalisation pour un troisième avortement provoqué, suivi de ménométrorragies continues, rebelles à toute thérapeutique. Chez cette IV pare, les métrorragies deviennent bientôt importantes, en même temps qu'apparaît une phlébite bilatérale des membres inférieurs. La maladie thrombo-embolique, après une évolution mouvementée pendant deux mois aboutit à la guérison.

C'est une observation à peu près similaire qui a été recueillie tout récemment à Orléans :

- Le 5 septembre 1958, Madame C..., 29 ans, II pare, vient consulter pour menace de fausse couche, une hémorragie étant survenue le 1er septembre, suivie de saignements persistants bien que moins abondants. Les dernières règles sont du 5 juillet. Les antécédents ne révèlent rien d'anormal.

Devant l'importance de l'hémorragie qui reprend, on pratique le 10 septembre un curettage qui ramène des débris placentaires. Sortie de clinique trois jours après, lochies arrêtées, sans syndrome infectieux.

Trois jours après la sortie de clinique, reprise du saignement discret mais tenace.

La température vespérale est à 38°, totalement insensible aux antibiotiques. Un traitement hormonal, à base de fortes doses d'oestrogènes de synthèse semble avoir raison de l'hémorragie.

Les premiers jours d'octobre, nouvelle hémorragie et apparition d'une douleur latéro-utérine droite ; pendant un mois métrorragies épisodiques absolument rebelles, cette fois, à toute thérapeutique hémostatique et hormonale.

Le 30 octobre, apparition d'une douleur vive dans les masses musculaires de la jambe droite. Mise immédiate aux anticoagulants. La malade réagit rapidement : disparition de la douleur latéro-utérine droite et de la douleur crurale, mais surtout cessation très rapide et totale des métrorragies.

Dans cette observation, les métrorragies avaient bien pour cause une thromboplébite pelvienne latente dont le diagnostic ne s'est imposé qu'après l'apparition de la phlébite du membre inférieur. Le succès de la thérapeutique anticoagulante, alors que les autres traitements étaient restés sans effet, le confirme.

Ces accidents peuvent se produire en pleine période d'activité génitale :

- Une femme de 37 ans, ayant eu trois accouchements et un avortement septique suivi de curettage, présente, lors de sa dernière grossesse, des hémorragies pour insertion placentaire basse, avec accouchement hémorragique et post-partum fébrile. Par la suite on est amené à intervenir, et l'on trouve et excise un kyste fonctionnel de l'ovaire droit, un varicocèle du ligament infundibulo-pelvien,

et un thrombus du pédicule pelvien gauche. L'examen de la pièce confirme la thrombose de la veine principale du pédicule pelvien gauche, veine dont la paroi est modifiée par une fibrose intense de l'endoveine. On trouve également plusieurs foyers de thrombose au niveau de l'endomètre. Les métrorragies de la dernière grossesse peuvent ne pas avoir été dues à une insertion basse, mais plutôt aux altérations vasculaires anciennes de fibrose et de thrombose chronique.

A la période préménopausique, les métrorragies, fréquentes, sont souvent difficiles à rattacher à leur véritable cause : fibrome, cancer, hyperplasie glandulo-kystique, atrophie de l'endomètre, ces causes d'hémorragie étant elles-mêmes considérées comme secondaires au syndrome hormonal qui marque cette période de la vie génitale féminine. Mais les hémorragies préménopausiques peuvent également avoir une autre origine, ici encore, la thrombo-phlébite du pédicule utéro-ovarien, les thromboses de l'endomètre sans cause évidente.

Une malade de BRET, âgée de 49 ans, présente des métrorragies rebelles aux traitements symptomatiques et hormonaux. Frottis et biopsie donnent des images normales, mais une image hystérographique suspecte à droite entraîne l'hystérectomie totale. Des thromboses occupent plusieurs veines utérines, les unes récentes, d'autres organisées, reperméabilisées même. L'artère utérine est dure et fibreuse.

Une autre malade, III pare de 52 ans, encore réglée, présente des varices importantes du membre inférieur gauche, remontant à la dernière grossesse. Des ménométrorragies persistent depuis un mois, se compliquent d'une péri-phlébite de la saphène interne gauche. Un

curettage biopsique de la muqueuse utérine, montre une métrose hyperplasique de type folliculo-lutéinique, et des thromboses.

Métrorragies préménopausiques, tel est également le cas de Madame R... d'Orléans, 44 ans, présentant depuis trois mois des métrorragies de survenue épisodique, accompagnées de douleur du petit bassin, surtout à gauche.

Les antécédents ne révèlent qu'une métrite cervicale guérie, cinq ans auparavant, par applications de NO_3Ag ; les cycles du type 30/5 étaient normaux et réguliers jusqu'aux trois derniers mois.

Un traitement à base de Stérandryl est institué ; les hémorragies diminuent pendant quelque temps, puis reprennent avec une abondance telle que l'avis d'un chirurgien est demandé : à l'examen, l'utérus est un peu augmenté de volume, les culs-de-sac sont libres mais le gauche est douloureux ; les ovaires ne sont pas perçus. L'intervention est décidée avec le diagnostic de fibrome. A l'intervention, l'utérus apparaît un peu gros mais sans masse perceptible, trompe et ovaire droits normaux.

A gauche, énorme dilatation des veines sous-ovariennes, ovaire gauche atrophique, il existe un kyste de la trompe. Annexe-tomie gauche. A l'examen de la pièce opératoire, il existe une indiscutable thrombose de la veine sous-ovarienne, confirmée par l'examen histologique. La malade est immédiatement mise au tromexane ; les suites opératoires sont parfaitement normales et les métrorragies ont complètement cessé. Vue il y a deux ans, cette malade se porte encore très bien, et les métrorragies n'ont pas réapparu.

Les hémorragies survenant chez la femme ménopausée font évidemment redouter la malignité ; mais alors même que celle-ci ne peut être établie, l'hystérectomie reste souvent indiquée comme mesure de prudence. Sur ces pièces opératoires, il est possible de trouver des signes macroscopiques et histologiques de thrombose :

- Une femme de 48 ans, ménopausée, depuis deux ans, présente des métrorragies irrégulières. Le frottis de dépistage montre un aspect atrophique ; la biopsie ne ramène pas de muqueuse. La pièce d'hystérectomie permet de constater un thrombus dans la veine utérine et, histologiquement, il s'agit d'une thrombo-phlébite subaiguë de la veine utérine droite, qui contient une thrombose ancienne. Dans le second cas, concernant une femme de 57 ans atteinte de métrorragies rebelles, la biopsie d'endomètre a révélé la thrombose de certains vaisseaux, une thrombophlébite récente et massive du mésosalpinx et des caillots intra-vasculaires sont trouvés sur la pièce opératoire. La malade est hypercoagulable, malgré un traitement par héparine et tromexane.

Chez une femme de 70 ans, des métrorragies avec phlébite à bascule font intervenir : des lésions veineuses de phlébite chronique sont trouvées au niveau de l'utérus et des ovaires.

Une femme de 52 ans, IV pare, ménopausée depuis un an, ancienne phlébitique, présente une hémorragie génitale abondante ; sur la biopsie d'endomètre, on trouve une thrombose capillaire. Enfin, un dernier cas de BRET concerne une femme de 54 ans, ménopausée depuis deux ans, atteinte de métrorragie abondante et rebelle, compliquée bientôt d'infarctus pulmonaire et de phlébite du membre inférieur gauche.

Ainsi, des hémorragies utérines peuvent relever d'une cause vasculaire très particulière : la thrombose. Ces hémorragies, variables d'un cas à l'autre, sont toujours rebelles aux mesures thérapeutiques, hormonales ou hémostatiques, alors qu'elles cèdent aux anticoagulants. Très souvent, dans les anamnétiques, on a trouvé des accidents de varices, des phlébites des membres inférieurs, voire même des phénomènes discrets d'embolie pulmonaire. Sur la biopsie d'endomètre, on trouvera ou non des images de thrombose, mais des thrombi sont constamment retrouvés dans les vaisseaux du pédicule utéro-ovarien. Ces lésions vasculaires, chaque fois qu'elles ont été recherchées sur la pièce opératoire, sont assez uniformes :

- au niveau des pédicules utéro-ovariens, on trouvera des veines souvent dilatées, béantes, à paroi presque normale, ou épaissie, avec atteinte phlébitique chronique, prolifération conjonctive de la couche sous-endothéliale et de la tunique moyenne, avec sclérose adventitielle, avec obstruction de la lumière vasculaire par un caillot parfois organisé.

- au niveau de l'artère utérine, on trouve, assez rarement, des lésions de sclérose, un envahissement fibreux parfois même un dépôt calcaire.

- au niveau des vaisseaux du myosalpinx, on trouve soit un aspect normal, soit des lumières vides et béantes, soit des lumières occupées par des thrombi.

- au niveau du myomètre : fibrose banale, sénile, plages d'oedème, infiltration leucocytaire discrète, mais surtout au niveau des vaisseaux dilatés, des thromboses.

- au niveau de l'endomètre enfin, les vaisseaux sanguins et lymphatiques sont nombreux, dilatés, béants, les parois vasculaires sont altérées, et les foyers de thrombose, visibles. Ces foyers de thrombose sont absolument caractéristiques des lésions qui nous occupent. La thrombose elle-même peut être récente, pure, ou ancienne, organisée, envahie par des cellules endothéliales, des amas de pigment hématique, avec aussi tendance fibroïde, stratification, voire même capillarisation.

--:-

- III -

DIAGNOSTIC

:-

En montrant l'existence de foyers de thrombose , la biopsie d'endomètre est l'examen essentiel qui emportera le diagnostic. Sur la pièce d'hystérectomie, si celle-ci a été nécessaire, ou si elle a été pratiquée sur un diagnostic étiologique erroné des métrorragies, le diagnostic de phlébite pelvienne pourra être porté rétrospectivement, sur la découverte de thromboses dans l'endomètre et dans les vaisseaux du pédicule utéro-ovarien.

Cliniquement, ce type de métrorragies par phlébite ou simplement la phlébite pelvienne latente, sans complications hémorragiques, est de diagnostic assez délicat. Car la thrombo-phlébite pelvienne peut survenir à tous les âges de la femme, dans toutes les conditions de sa vie génitale, dans la grossesse, le post-partum, l'avortement , la période pré-ménopausique, enfin chez la femme ménopausée. Certains antécédents doivent cependant faire penser à la phlébite pelvienne, par exemple la notion de phlébite des membres inférieurs dans les anamnétiques, où en même temps que la localisation pelvienne, les accidents emboliques pulmonaires sont également à retenir.

Dans le cas d'hémorragies, on possède de précieux indices devant l'inefficacité des traitements hémostatiques et hormonaux, devant l'action de la thérapeutique anti-coagulante, en apparence paradoxale.

L'hystéro-salpingographie a pu être utile dans quelques cas. Dans les formes suppurées, COLLINS préconise l'examen radiologique du thorax, qui lui a montré des ombres pulmonaires dans 46 % des cas, alors même qu'aucun signe clinique n'évoquait l'infarctus du poumon. Ce même auteur a obtenu par un examen pelvien soigneux, de constater des veines thrombosées, vaginales ou pelviennes, dans 60 % des cas. Mais cet examen n'a de valeur que s'il est positif ; en l'absence de thrombose veineuse décelable au toucher, on ne peut conclure à l'absence de thrombo-phlébite pelvienne. De nombreux travaux ont été consacrés, ces dernières années, à la phlébographie. Mais il ne semble pas que le diagnostic encore peu familier de phlébite pelvienne en ait bénéficié. Cependant les récents travaux de GUILLIEM et BAUX ont insisté sur cette indication en mettant en évidence dans un certain nombre de phlébographies pelviennes par voie veineuse, osseuse ou utérine, une thrombose localisée ou extensive des veines utérines, péri-utérines ou ovariennes, ainsi que des gros troncs veineux de la paroi.

La phlébographie du petit bassin, écrit L. LEGER, est susceptible de rendre de très grands services pour l'exploration des tumeurs pelviennes en général, qu'elles soient de provenance utérine, ovarienne, vésicale, vulvaire. La méthode permet d'obtenir de très beaux clichés d'opacification du système veineux profond, tant viscéral que pariétal, du petit bassin. En cas de phlébite du membre inférieur, on peut évidemment en rechercher l'origine pelvienne, ou, après sa guérison, ses séquelles.

OLIVIER a utilisé la voie osseuse pour réaliser la phlébographie pelvienne, d'abord par un trocart mis en place dans la surface angu-

laire du pubis, plus tard, par l'injection dans la branche horizontale du pubis, au voisinage de la cavité cotyloïde, au moyen d'un trocart de diamètre double du diamètre standard. Cette méthode a d'abord été réalisée sous anesthésie générale. Elle donne une belle image, en particulier en cas de phlébite pelvienne, l'aspect habituel étant remplacé par un lacis anarchique à destinée homo et contralatérale sans représentation du tronc veineux iliaque interne. "Nous croyons", poursuivait OLIVIER, en 1950, "que l'application d'un tel procédé simple, fidèle et sans danger par les chirurgiens et surtout par les accoucheurs, aiderait puissamment à résoudre le problème du point de départ précis des phlébites du membre inférieur!"

BAUX et POULHES, devant l'impossibilité d'objectiver radiologiquement les thromboses veineuses du bassin, comme celles du membre inférieur, ont cherché à visualiser les veines pelviennes de la manière la plus étendue. Injectant le produit de contraste dans la veine profonde dorsale de la verge chez l'homme, ils ont utilisé la veine du clitoris chez la femme :

- la veine dorsale profonde du clitoris chez la femme est de petit calibre, ce qui rend la technique délicate.

Il faut découvrir la veine par une petite incision verticale, et si le calibre veineux est insuffisant, on injecte le produit de contraste directement dans la racine du corps caverneux, avec une aiguille intra-veineuse ordinaire ; si le calibre est suffisant, il faut fixer dans la lumière de la veine une canule courte de petit calibre.

L'aspiration ne ramène pas de sang, mais on

injecte avec le produit de contraste, quelques centimètres cubes de sérum physiologique, pour vérifier que l'aiguille est en bonne place. L'injection dans le corps caverneux passe comme dans un vaisseau de calibre notable et est absolument indolore. On pousse alors 20 cm³ de liquide opaque (dionone à 50 %) en 10 secondes, et on prend le cliché pendant que l'on pousse les derniers centimètres cubes. Avant de retirer l'aiguille, on injecte encore 20 cm³ de sérum physiologique, et on suture les plans superficiels au catgut.

- IV -

TRAITEMENT

-:-

Il s'agit avant tout, par conséquent, de porter un diagnostic de phlébite pelvienne, ce qui peut être assez difficile, nous venons de le voir. Si ce diagnostic est porté, quelle attitude thérapeutique faut-il alors adopter ? Il est bien évident que le traitement s'enrichira de mesures particulières selon les circonstances étiologiques dans lesquelles la phlébite pelvienne est apparue, et aussi selon la symptomatologie qui l'accompagne, hémorragie par exemple.

Les métrorragies constituent donc un tableau très fréquent des phlébites pelviennes latentes. Et trop souvent l'on est intervenu, pratiquant une opération radicale, mutilante, bien inutile si aucune lésion maligne ou suspecte n'était en cause.

Le caractère essentiel de ces hémorragies par phlébite pelvienne est d'être rebelles aux thérapeutiques hormonales, puisque leur cause n'est pas endocrinienne ; pas davantage les hémostatiques ne seront efficaces, alors que les anticoagulants, en prévenant ou en supprimant les thromboses, tariront rapidement les pertes sanguines.

Dans les formes suppurées, COLLINS a obtenu d'excellents résultats par la ligature de la

veine cave inférieure et des veines ovariennes. Pour cet auteur, devant une thrombophlébite pelvienne suppurée, la ligature veineuse est indiquée : chez toute malade en état d'infection post-partum ou post-abortum qui ne bénéficie pas du traitement antibiotique conservateur en quatre ou cinq jours,

chez toute malade en état d'infection post-partum ou post-abortum, et chez qui, au cours du traitement conservateur, apparaissent des signes d'infarctus pulmonaire,

enfin, chez toute malade hospitalisée en infection du post-partum et déjà porteuse d'infarctus.

La ligature est réalisée par une voie d'abord extra-péritonéale chez une malade hystérectomisée, puisque la continuité des vaisseaux ovariens avec l'utérus est déjà interrompue. La voie trans-abdominale est utilisée dans tous les autres cas. Si l'on n'a pas procédé à une sympathectomie simultanée, on fera un blocage du sympathique lombaire par des injections anesthésiques quotidiennes pendant les quatre ou cinq premiers jours post-opératoires. Si les deux chaînes sympathiques ont été sectionnées, le blocage est inutile. Si une seule sympathectomie a eu lieu lors de l'intervention (généralement à droite), on fera, pendant quatre ou cinq jours, des infiltrations lombaires à gauche.

Chez la plupart de ses malades, COLLINS a constaté l'intégrité des veines des membres inférieurs et de leurs valvules. Dans le cas contraire, il fait porter des bas élastiques. La malade redevient ambulatoire au bout de 24-48 heures.

Dans les formes hémorragiques, surtout étudiées par BRET, le traitement, suivant cet auteur, doit être considéré en tenant le plus grand compte des circonstances étiologiques.

- chez une femme encore réglée, il faut confirmer le diagnostic afin d'éviter une mutilation inutile ; le seul traitement médical, anticoagulant, devrait pouvoir assurer la guérison ;

- chez la femme ménopausée, le traitement sera médical, conservateur, si aucune lésion maligne n'est suspectée ou constatée. Dans le cas contraire et même s'il n'y a que doute, l'hystérectomie s'impose.

Le traitement anticoagulant reste d'ailleurs indiqué comme mesure post-opératoire systématique, dès la 48ème heure, afin de lutter contre une embolie ultérieure, contre la phlébite des membres inférieurs.

Lorsqu'un fibrome, dans lequel on constate des thromboses, un polype en voie de nécrose, lorsque des thromboses enfin sont trouvées dans le pédicule utéro-ovarien, il ne faut pas oublier que ces thromboses peuvent être le point de départ d'embolies ultérieures, d'extension thrombotique à la voie hypogastrique. Ici, la ligature de la veine cave s'impose, n'excluant pas d'ailleurs la thérapeutique anti-coagulante préventive et curative.

CONCLUSIONS

-:-

I.- Les métrorragies posent en endocrinologie d'importants problèmes étiologiques qu'il n'est pas toujours aisé de résoudre, ce qui compromet le choix de la thérapeutique. Une cause, peut-être non rare de ces hémorragies réside dans les phlébites pelviennes, et en particulier dans les formes latentes de cette affection.

II.- Or, si grâce à la phlébographie et aux examens anatomo-pathologiques on sait aujourd'hui que nombre de phlébites du membre inférieur ont un point de départ lombaire, et surtout pelvien, ce n'est que récemment que l'on a envisagé la possibilité de phlébites exclusivement pelviennes (pouvant d'ailleurs se compliquer ultérieurement de localisations saphènes). Mais par leur siège, ces phlébites pelviennes risquent d'être méconnues; latentes, elles ne se traduiront que par leurs complications, infection et suppuration, spasmes artériels, thrombo-embolies périphériques, métrorragies d'aspect "sine materia".

III.- Devant des hémorragies génitales, que rien n'explique et qui sont rebelles au traitement endocrinien, il faut donc penser à ces accidents de phlébites et de thromboses au niveau des veines de l'utérus, de l'ovaire, du pédicule utéro-ovarien, et en rechercher confirmation sur les biopsies, les fragments

de curettage, les pièces opératoires.

IV.- Les phlébites pelviennes peuvent survenir à toutes les étapes de la vie génitale, et dans toutes les circonstances de cette vie : chez la femme réglée, dans la grossesse, le post-partum, le post-abortum, dans la pré- et la post-ménopause, chez les porteuses de fibrome, de polype. Lorsque la phlébite pelvienne se manifeste par des métrorragies rebelles aux traitements hémostatiques et hormonaux, on pratique trop souvent une hystérectomie que rien ne justifie si aucune malignité n'est en cause. Or ces types de métrorragies, rebelles à l'hormonothérapie, obéissent au traitement anticoagulant ; par ailleurs les thromboses sont visibles à l'examen histologique.

V.- Enfin, la phlébographie pelvienne, par voie osseuse mais surtout veineuse, rend désormais possible de porter le diagnostic de ces phlébites pelviennes, dont le traitement peut être conservateur (anticoagulants), la ligature de la veine cave inférieure et des veines ovariennes peut être nécessaire. Quant à l'hystérectomie, elle n'est indispensable qu'en cas de malignité suspectée ou certaine, ou lorsqu'il s'agit d'une femme déjà ménopausée.

-:-

Vu :	Vu :
Le Président :	Le Doyen :
signé : L. de GENNES	signé : L. BINET

Vu et Pernis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH

- VI -

BIBLIOGRAPHIE

-:-

W.A. BAILEY

Phlébothrombose des veines ovariennes
et embolie pulmonaire mortelle
Annals of Surgery CXXXII pages 986-993
novembre 1950

R. BAUX, J. POULHES

Présentation de quelques phlébographies
pelviennes
Soc.Chir.Toulouse 24 déc. 1949
Presse Méd. LVIII page 451 22 avril
1950

J. BRET

Ligature de la veine cave et hystérecto-
mie pour volumineux polype fibreux en
voie d'expulsion avec phlegmatia conco-
mitante
Presse Méd. LVIII pages 1507-1508 30 dé-
cembre 1950

J. BRET, B. DUPERRAT, GRENIER

Les métrorragies : signe des phlébites
pelviennes latentes
Presse Méd. LXIII pages 181-185 9 février
1955

BUGAUT

Sur la difficulté du diagnostic de cer-
taines phlébites latentes après inter-
vention gynécologique
Soc.Gyn.Obst.Strasbourg 6 nov. 1954

COLLINS, E.A. MAC CALLUM, E.W. NELSON

Suppurative pelvic thrombophlebitis. I
incidence, pathology and etiology. Study
of 70 patients treated by ligation of
inferior vena cava and ovarian vessels
Surgery XXX pages 298-310 août 1951

C.G. COLLINS, E.W. NELSON, J.H. COLLINS

Suppurative pelvic thrombophlebitis. II
Symptomatology and diagnosis
Surgery XXX pages 311-318 août 1951

C.G. COLLINS, W.B. AYERS

Suppurative pelvic thrombophlebitis. III
Surgical technique
Surgery XXX pages 319-328 août 1951

M. CREYX, J. LANG-LEVY, J. VINCENDEAU, J. DUBREUIL

Spasmes artériels au cours d'une phlébi-
te pelvienne
Soc.Méd.Chir.Bordeaux, séance du 22 dé-
cembre 1950

A. GRENIER

Les métrorragies, signe des phlébites
pelviennes latentes
Thèse de Paris 1955 58 pp.

P. GUILHEM, R. BAUX

La phlébographie pelvienne par voie vei-
neuse
8° Paris Masson éd. 1954 134 pp.

J. HERBEAU, M. VIERHAEGHE

Réflexions après 120 phlébographies pel-
viennes
Soc.Franç. Electroradiol.Med.Filiale Nord
Séance du 31 mars 1957

R. MAY

Cause de la thrombose des veines pelviennes
Vème Congrès Soc.Europ.Chir.Cardiovascul.
Zurich 30 juillet 1956

C1. OLIVIER

Technique de la phlébographie pelvienne
par injection osseuse

Presse Méd. LVIII page 983 16 septembre
1950

R.T. PARKER, W.G. ANLYAN, D.A. MAIRS

Thromboembolic complications of pregnancy

South.Med.Jour. L pages 1228-1238 oct.
1957

TABLE DES MATIÈRES

- :-

	Pages
I.- Introduction	13
II.- Symptomatologie	17
III.- Diagnostic	32
IV.- Traitement	36
V.- Conclusions	39
VI.- Bibliographie	41

- :-

S E R M E N T

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères, si j'y manque !

-:-

